

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 82

LE
SYNDROME SYPHILITIQUE
du bourgeon incisif

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 28 Janvier 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI JUVIN

Interne des Hôpitaux. — Préparateur à la Faculté.

Né à Grenoble (Isère), le 20 Août 1889



LYON

IMPRIMERIE - EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—
1922

LE
SYNDROME SYPHILITIQUE
du bourgeon incisif

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	MM. HUGOUNENQ.
Doyen	J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique.....	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BERARD.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	LEPINE (J.).
Clinique des maladies des voies urinaires.....	WEILL.
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.).
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.....	LANNOIS.
Chimie biologique.....	ROCHET.
Chimie organique et toxicologie.....	NOVE-JOSSERAND.
Matière médicale et botanique.....	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et histologie.....	MOREAU.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne.....	LATARJET.
Pathologie et thérapeutique générales.....	POLICARD.
Anatomie pathologique.....	DOYON.
Médecine opératoire.....	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND.
Médecine légale.....	PAVIOT.
Hygiène	VILLARD.
Thérapeutique	ARLOING (F.).
Pharmacologie	Etienne MARTIN.
	COURMONT (P.).
	PIC.
	FLORENCE (A.).

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	PATEL.
Botanique	BRETIN.
Embryologie	HOVELACQUE.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	GARIN.	DUROUX.	CORDIER.
BRETIN.	SAVY.	HOVELACQUE.	ROUBIER.
LERICHE.	FROMENT.	TRILLAT.	FAVRE.
THEVENOT (Léon).	THEVENOT (Lucien).	SARVONAT.	MURARD.
TAVERNIER.	PIERY.	FLORENCE (G.).	BONNET.
CADE.	COTTE.	ROCHAIX.	GRAVIER, chargé des fonctions.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. NICOLAS, Président ; Etienne MARTIN, Assesseur
MM. FAVRE et FLORENCE G. Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

LE
SYNDROME SYPHILITIQUE
du bourgeon incisif

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 28 Janvier 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI JUVIN

Interne des Hôpitaux. — Préparateur à la Faculté.

Né à Grenoble (Isère), le 20 Août 1889



LYON

IMPRIMERIE - EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—
1922



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AUX MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

<i>Externat</i>	{	1911	{	PROFESSEUR BERARD
			{	PROFESSEUR VILLARD
<i>Internat</i>	{	1912	{	PROFESSEUR ROQUE
			{	DOCTEUR MOUISSET
		1919	{	DOCTEUR MOLLARD
			{	PROFESSEUR LANNOIS
		1920	{	PROFESSEUR MOURIQUAND
			{	DOCTEUR FAVRE
	{	1921	{	PROFESSEUR ROCHET
			{	DOCTEUR BONNET
		1922	:	PROFESSEUR NICOLAS

A MES MAITRES DE LA FACULTE

1919-1922 : PROFESSEUR ETIENNE MARTIN

AUX MEMBRES DE MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

Professeur de clinique dermatologique
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui, malgré ses multiples occupations, nous accorde l'insigne faveur de présider aujourd'hui cette thèse qu'il a inspirée.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE MARTIN

Professeur de médecine légale

Dont la présence aujourd'hui, dans notre jury, est un titre de plus à notre reconnaissance déjà si grande.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FAVRE

Médecin des Hôpitaux

De la période où nous étions son interne, nous conservons le souvenir d'un semestre heureux, plein de vie, riche en enseignements de toute sorte et dont l'entrain laborieux s'égayait souvent de notes spirituelles. Flattés de l'avoir aujourd'hui pour juge, nous le remercions bien fort de l'intérêt qu'il nous a sans cesse témoigné.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. FLORENCE

C'est à son amitié, qui nous est si chère, que nous devons de l'avoir aujourd'hui pour juge; qu'il en soit très sincèrement remercié.

INTRODUCTION

On sait que les lésions syphilitiques de la bouche ne sont pas rares : perforations du palais dur ou du palais mou, syphilis du maxillaire, lésions dystrophiques consistant en bec de lièvre, dents d'Hutchinson ou autres malformations dentaires. Mais (si l'on met à part les gommès syphilitiques du palais), on est frappé de voir que ces affections tertiaires ou dystrophiques se localisent avec une fréquence tout à fait remarquable sur la partie toute antérieure du maxillaire supérieur ; l'ostéite gommeuse du maxillaire, notamment, trouve là son siège de prédilection.

Or, cette zone osseuse, si souvent atteinte, a une individualité embryologique : elle correspond au bourgeon incisif, origine de l'os intermaxillaire qui supporte les incisives médianes et latérales. Les accidents syphilitiques du reste du maxillaire supérieur sont rares par rapport à ceux observés au niveau de cet os incisif. C'est là ce qui a pu permettre, en joignant diverses observations aux faits épars dans la littérature, de décrire un « syndrome syphilitique du bourgeon incisif ».

Si un certain nombre d'auteurs ont déjà vu nettement la chose, et depuis fort longtemps, aucun, jusqu'à présent, ne l'avait véritablement individualisée sous la forme

qu'elle mérite ; la lésion gommeuse de l'os incisif, en particulier, constitue vraiment une maladie autonome, une localisation spéciale de la syphilis tertiaire. Aucune étude d'ensemble n'avait donc été faite sur ce sujet, avant deux travaux récents inspirés par M. le professeur Nicolas : la thèse d'E. Martin (décembre 1919), et surtout un article de MM. Nicolas, Massia et Dupasquier, dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* (1922). C'est cet article très documenté et très clair qui a servi de point de départ à notre travail, et nous lui ferons de nombreux emprunts ; nous ne saurions assez remercier ses auteurs de nous avoir guidé de leurs conseils, de nous avoir largement offert leur documentation précise, et, en un mot, de nous avoir si nettement tracé le chemin de cette étude nouvelle.

Mais la thèse n'est que le dernier temps de la scolarité médicale, et, si nous devons savoir gré à ceux qui nous en ont facilité la réalisation, quelle reconnaissance ne devons-nous pas aux maîtres qui, dans le cours de nos études, nous ont, par leur exemple et leurs entretiens de chaque jour, appris la manière d'examiner le malade, les égards qu'il mérite et la bonté qu'on lui doit, l'intérêt et l'utilité d'un diagnostic précis, la nécessité d'une méthode dans les recherches, en un mot ce qui fait la clinique et forme le médecin. Aussi nous est-il bien agréable de remercier ici tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux. Que M. le professeur Etienne Martin, qui nous fit, en 1919, l'honneur de nous accepter pour son préparateur, reçoive l'assurance de notre profonde gratitude ; depuis trois ans, nous avons toujours trouvé en lui, non seulement le maître éminent dont la longue

expérience médico-légale a été pour nous si pleine d'enseignements, mais aussi un conseiller souvent consulté et toujours bienveillant ; qu'il soit ici remercié des nombreux services qu'il nous a rendus, de la confiance, qu'en maintes occasions, il a bien voulu nous témoigner et dont nous sommes fiers, de l'intérêt enfin qu'il n'a jamais cessé de nous porter. Au souvenir des agréables et précieux moments passés près de lui, nous nous réjouissons de la bonne fortune qui, au retour de la guerre, nous orienta vers son laboratoire. Dans ce laboratoire, nous avons eu, en outre, le grand plaisir de retrouver le docteur Mazel, chef des travaux, qui nous est à la fois un maître de longtemps et un ami de toujours ; nous sommes heureux de lui renouveler ici l'assurance de notre attachement sincère.

Parmi nos maîtres des Hôpitaux, un souvenir particulièrement ému reste, pour nous, attaché au nom de M. le professeur Nicolas : son enseignement clair et généreux, sa patience jamais lasse, font, du semestre passé auprès de lui, le meilleur de notre Internat. Notre gratitude est profonde aussi pour ceux qui l'entourent dans son service, les docteurs Massia, Gaté, Pillon, Lacassagne et Dupasquier, dont nous avons mis souvent à profit la large érudition. Fier d'avoir été à leur école, on regrette de quitter leur atmosphère amicale où rayonnent la science et la bonté du maître qui les dirige.

*
* *

Le plan que nous adopterons, dans ce travail, consistera :

1° A faire un exposé rapide de l'embryologie et de l'anatomie de l'os incisif ;

2° A décrire les différentes lésions d'ordre syphilitique qui sont susceptibles d'être observées à son niveau. Parmi celles-ci, une division s'impose, car :

a) les unes sont des lésions *dystrophiques*, héréditaires : quoique bien connues, elles méritent cependant d'être décrites ici, car elles rentrent dans le cadre du syndrome incisif ;

b) les autres consistent en lésions *évolutives* du type tertiaire, en gommes de l'os intermaxillaire. C'est sur ce point, peu étudié jusqu'à présent, que nous insisterons le plus : après un mot d'historique, nous exposerons les diverses observations publiées à ce sujet et nos observations personnelles. Nous en dégagerons ensuite l'aspect clinique des gommes de l'os incisif et montrerons les difficultés diagnostiques auxquelles elles peuvent prêter ; enfin, nous dirons quelques mots du traitement, d'ailleurs peu particulier, de cette affection.

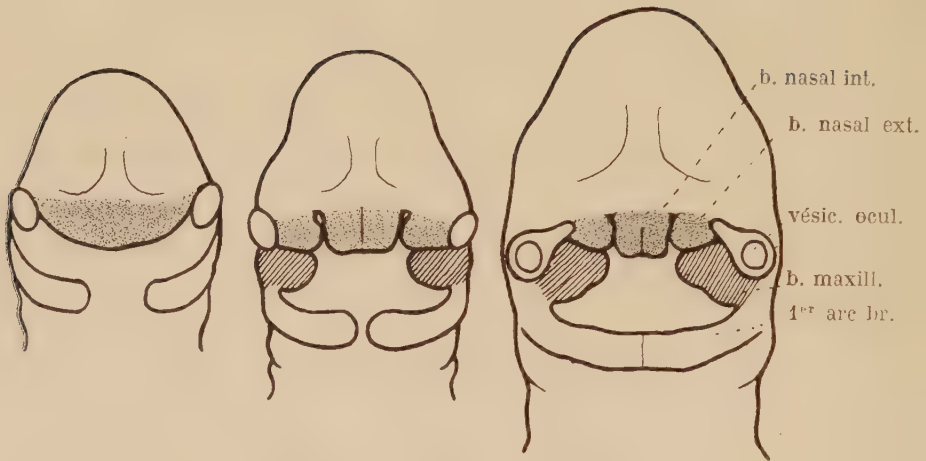
L'os incisif au point de vue embryologique et anatomique.

Les quelques schémas ci-joints, dus à l'obligeance de notre habile camarade Ricard, nous permettront d'être assez brefs sur ce chapitre.

Jusqu'au quarantième jour environ de la vie embryonnaire, la région de la face est constituée par des bourgeons que séparent des fissures : c'est, en haut le bourgeon frontal unique, en bas et sur les côtés le premier arc branchial ou arc maxillaire, double et symétrique (fig. 1).

On désigne sous le nom de bourgeon frontal la portion de l'extrémité céphalique qui surplombe la cavité buccale ; sa face antéro-supérieure est arrondie et convexe, tandis que sa face inférieure est plane et comme abrasée. Il est séparé latéralement du premier arc branchial par le sillon de la vésicule oculaire.

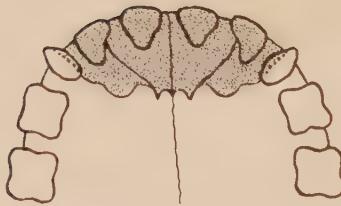
Aux environs de la troisième semaine, le bourgeon frontal présente au niveau de son bord antérieur (jusqu'à régulier), une échancrure médiane qui le divise en deux bourgeons secondaires, les bourgeons nasaux. En outre, vers le vingt-septième jour, chacun de ceux-ci se subdivi-



DÉVELOPPEMENT DE L'OS INCISIF :

En pointillé : le bourgeon frontal.

En hachures : le bourgeon maxillaire supérieur.



La suture intermaxillaire
d'après la théorie d'Albrecht.

visé à son tour, donnant naissance aux bourgeons nasaux externe et interne. Une coupe frontale, faite à ce moment, montrera donc : au centre les deux bourgeons nasaux internes soudés entre eux sur la ligne médiane, puis les deux bourgeons nasaux externes, séparés des précédents par la gouttière nasale et limités en dehors par le sillon naso-lacrymal qui s'étend en arrière jusqu'au globe oculaire (fig. 2).

Mais déjà, à cette époque, on voit se soulever, sur les parties latérales du premier arc branchial, un bourgeon qui se porte en haut et en avant contre le bourgeon frontal ; il s'avance en passant au-dessous du bourgeon nasal externe et vient finalement se souder au bourgeon nasal interne (fig. 3). Cette émanation du premier arc branchial porte le nom de bourgeon maxillaire supérieur ; il est double et symétrique ; de sa partie postérieure s'échappent deux formations secondaires : le bourgeon palatin ou lame palatine et le bourgeon ptérygo-palatin ; les lames palatines s'avancent horizontalement au-devant l'une de l'autre, puis se fusionnent entre elles sur la ligne médiane, tandis que leur extrémité antérieure s'unit aux bourgeons nasaux internes. Ainsi, au début du troisième mois, se trouve formée la partie antérieure de la voûte palatine que complèteront, en arrière, les lames horizontales des bourgeons ptérygo-palatins. La trace de la soudure des lames palatines avec les bourgeons nasaux internes est indiquée par le canal naso-palatin, en forme d'Y, qui, chez certains mammifères, reste perméable pendant toute la vie.

Quant aux bourgeons nasaux internes, limités en dehors par le bourgeon maxillaire supérieur, en arrière par la lame palatine et, en dedans, par la face correspondante

du bourgeon symétrique, ils vont devenir le bourgeon incisif, origine de l'os intermaxillaire. Mais est-ce à eux seuls qu'est due la formation de cet os, et n'en revient-il pas une part aux bourgeons nasaux externes ou aux bourgeons maxillaires ? C'est sur cette question, intimement liée à celle du bec de lièvre, que les discussions commencent ; elles sont anciennes déjà et point encore résolues ; c'est pourquoi, sans nous étendre longuement à leur sujet, nous donnerons seulement un résumé succinct des principales théories émises :

Jusqu'en 1879, on a admis la théorie de Goethe et Costes qui considèrent l'os incisif comme naissant exclusivement des bourgeons nasaux internes, chacun de ceux-ci donnant un os intermaxillaire qui supporte deux incisives, l'une médiane, l'autre latérale.

En 1879, Albrecht s'efforce de démontrer qu'il existe quatre os incisifs : deux médians développés aux dépens des bourgeons nasaux internes et portant les incisives centrales, et deux latéraux formés par les bourgeons nasaux externes et portant les incisives latérales ; la suture d'Albrecht, séparant l'os incisif externe de l'interne, répond au côté interne de l'incisive latérale et disparaît, d'ailleurs, rapidement vers le septième mois, ce qui explique l'erreur des observateurs qui ne décrivent que deux os incisifs (Tourneux).

Cette théorie supposait un abaissement assez marqué du bourgeon nasal externe qui viendrait s'insinuer entre le bourgeon nasal interne et le bourgeon maxillaire ; cet abaissement ne fut pas confirmé par les recherches de Koelliker, de His, de Costes, qui établirent que le bour-

geon nasal externe ne prend aucune part à la formation de l'orifice buccal.

C'est pourquoi deux auteurs plus récents, Biondi et Warynski (1888) ont cherché à expliquer l'existence, à un moment donné, de quatre os intermaxillaires, sans faire intervenir le bourgeon nasal externe. Pour Biondi, l'os incisif central naît du bourgeon nasal interne et l'os incisif latéral du bourgeon maxillaire supérieur. Warynski n'admet que deux os intermaxillaires chacun se développant par deux points d'ossification, ce qui donne l'apparence de quatre os distincts.

Sans discuter la valeur de ces différentes théories, nous retiendrons en tout cas que l'os incisif se forme aux *dépens du bourgeon frontal*, contrastant ainsi avec les autres parties du maxillaire supérieur qui se développent aux dépens de la branche maxillaire (issue elle-même du premier arc branchial). Dès l'époque embryologique donc, l'os incisif possède une individualité propre qui, nous allons le voir, se prolonge parfois au delà de la naissance.

Décrit pour la première fois par Galien chez le magot, nié ensuite par tous les anatomistes qui « aveuglés par l'esprit de système, se sont toujours préoccupés avant tout de trouver des différences entre l'homme et le singe » (Testut), l'os incisif, indépendant jusqu'à l'état adulte chez le singe, se soude, chez l'homme, avec les pièces voisines aux environs du troisième mois. Dubreuil et Chambar-del, examinant 1.200 crânes d'adultes, ont trouvé neuf fois une synarthrose vraie entre l'os incisif et le maxillaire supérieur, c'est-à-dire une disposition rappelant la séparation primitive des deux os. Il peut même arriver que,

par absence bilatérale de soudure entre l'os incisif et le maxillaire supérieur, on observe un petit segment osseux médian sur lequel s'implantent les quatre incisives, et qui est circonscrit par deux larges sillons réunis à angle en arrière ; ce segment est suspendu à l'extrémité antérieure de la cloison des fosses nasales et projeté en avant ; ce vice de conformation coïncide toujours avec le bec de lièvre (Dechambre).

D'ailleurs, comme l'a montré Hamy, on trouve ordinairement à la naissance les vestiges de la suture maxillo-incisive : « Très nette à la face palatine, où elle part de l'interstice de l'incisive externe et de la canine, et quelquefois d'un point situé *un peu en dehors* de cet interstice, elle décrit sur la voûte palatine une courbe flexueuse à concavité inférieure et pénètre dans le trou palatin antérieur. Sur le plancher des fosses nasales, elle décrit d'abord une courbe très courte, à concavité antérieure, puis une courbe plus considérable à concavité postérieure, et, en montant sur la branche, une troisième courbe de même rayon que la seconde, mais concave en avant. » (Hamy.) Albrecht, auteur de la théorie des quatre os, admet qu'il existe une double suture intermaxillaire (fig. 4) s'accordant en cela avec les recherches de Leuckart et de Testut : « De chaque côté du conduit palatin antérieur, considéré par son extrémité buccale, on voit partir la suture normale qui unit l'os incisif au maxillaire supérieur ; puis, à quelques millimètres plus loin, on voit cette suture se diviser en deux branches : l'une externe qui se porte vers le côté interne de la canine, l'autre interne qui se dirige vers l'espace compris entre la première incisive et la deuxième. » (Testut.)

Quelle que soit la théorie admise, la ligne de démarcation

entre l'os incisif et le maxillaire supérieur nous apparaît nettement : elle limite l'os sur son côté postéro-externe ; la face interne de celui-ci est soudée sur la ligne médiane avec l'os symétrique, et sa face antérieure libre est recouverte par la muqueuse gingivale ; sa face supérieure fait partie des fosses nasales et forme la portion la plus interne de l'apophyse montante ; sa face inférieure enfin, cuboïde, loge les deux incisives et constitue le quart antérieur de l'apophyse palatine.

Tel est, anatomiquement, l'os incisif ; s'il a perdu, au cours du développement, un peu de son individualité première, il la retrouve en pathologie dans un certain nombre de cas, et constitue, pour la syphilis héréditaire ou acquise, un lieu de prédilection au même titre que le tibia, le crâne, le sternum ou la clavicule. Il représente à coup sûr un point faible du système osseux vis-à-vis de l'infection par le tréponème, et nous allons essayer de démontrer qu'il existe en effet un véritable syndrome syphilitique de l'os incisif ou mieux du bourgeon incisif. Nous avons déjà indiqué qu'il comprend deux ordres de faits : tantôt le tréponème, exerçant son action dystrophique sur le développement du fœtus (syphilis héréditaire) peut causer des malformations diverses, d'ailleurs bien connues. Tantôt, ce sont des lésions évolutives tertiaires qui se localisent sur l'os incisif, constituant là un chapitre peu étudié de la syphilis osseuse. Ainsi, se trouve tout naturellement divisée en deux parties notre étude clinique.

PREMIÈRE PARTIE

Lésions dystrophiques du bourgeon incisif, d'ordre syphilitique.

Etudiées à de nombreuses reprises, leur importance était bien mise en lumière par Champret qui, en 1896, à la *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, s'exprimait ainsi :

« J'appellerai de suite votre attention sur un fait qui ne paraît pas avoir frappé les auteurs; je veux parler de l'influence dystrophique toute spéciale de l'hérédo-syphilis sur la partie du maxillaire supérieur qui provient du bourgeon nasal, tant interne qu'externe. » Cette influence peut se manifester soit sur les incisives supérieures, soit sur l'os lui-même; il en est une spécifique, c'est la dent d'Hutchinson; d'autres, moins spécifiques, peuvent se voir dans d'autres affections que la syphilis, ou ne pas être exclusivement localisées à l'os incisif.

A. — LES LÉSIONS DYSTROPHIQUES SPÉCIFIQUES :

LA DENT D'HUTCHINSON

1^o *Aspect*. — Décrite d'abord par Hutchinson, puis par A. Fournier, elle constitue l'altération dentaire la plus fréquente et la plus caractéristique. Son caractère majeur réside dans une *échancrure semi-lunaire occupant le bord libre de la dent*; la perte de substance se continue sur l'extrémité inférieure de la face antérieure de la dent qui se trouve ainsi taillée en biseau. En outre, comme caractères secondaires, on observe une *inclinaison du grand axe en dedans* (dents obliques convergentes), et un *renflement au niveau du collet* coïncidant avec un rétrécissement du bord libre. Il en résulte un aspect en tournevis tout à fait caractéristique.

La dent d'Hutchinson a une évolution (Hallopeau) : au début, elle présente, à la place de l'échancrure future, des atrophies sous forme de sillons verticaux séparant de petites crêtes; la dent présente ainsi vers son extrémité libre l'aspect d'une dentelure. Plus tard, la disparition des parties atrophiées donne lieu à l'échancrure classique. Ultérieurement enfin, par suite des progrès de l'usure, la courbe s'efface progressivement et il peut n'en rester, comme trace, que le biseau du rebord dentaire taillé aux dépens de la face antérieure. Plus tard encore, ce biseau s'efface et il subsiste seulement un microdontisme des incisives.

2^o *Siège*. — C'est sur les *incisives médianes supérieures* de la *deuxième dentition* (Fournier) que de telles lésions ont leur siège habituel; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on les rencontre sur les incisives centrales de la pre-

mière dentition, rarement aussi sur les incisives latérales ou sur les canines de la deuxième dentition. Nous avons vu, par ailleurs, que la suture maxillo-incisive intéressait parfois une partie de la canine supérieure et l'exception ici ne fait que confirmer la règle.

3° *Variétés.* — La dent d'Hutchinson ne présente pas toujours au complet les caractères que nous venons de décrire : l'apparence en tournevis peut exister seule, sans échancrure et sans obliquité de direction ; signalons que, pour Sabouraud, la dent en tournevis est représentée par une incisive normale de base, tandis que son tiers inférieur semble appartenir à une dent plus petite qui serait enchâssée dans la première.

L'écartement des incisives médianes supérieures, même s'il existe seul, est, pour Gaucher, un signe certain d'hérédosyphilis.

Pour expliquer d'ailleurs cette déviation classique en bas et en dedans, n'est-il pas logique de supposer que le processus syphilitique n'arrête pas son action au germe dentaire, et, frappant plus profondément, touche l'os incisif lui-même ? La théorie endocrinienne, en faveur actuellement, à la suite des travaux du professeur Hutinel, pour expliquer les dystrophies osseuses héréditaires, ne semble pas en opposition avec une telle hypothèse.

B. — LÉSIONS MOINS SPÉCIFIQUES

1° *Lésions dentaires.* — Les incisives supérieures peuvent être le siège d'autres lésions dont elles n'ont pas le privilège absolu, mais qui se localisent de préférence à leur niveau. Ce sont les érosions en cupule, le microdon-

tisme, les sillons blancs; A. Fournier a signalé la fréquence, chez les syphilitiques, de ce qu'il appelle l'amorphisme dentaire : on voit alors les canines prendre l'aspect d'incisives et inversement; parfois ces mêmes dents offrent l'apparence de chevilles ou de haches en silex préhistoriques, ou enfin perdent tous leurs caractères habituels pour n'être plus que des masses informes. Les implantations vicieuses, les dents surnuméraires s'observent fréquemment aussi. Récemment enfin, Cadenat (dans les *Annales de Dermatologie* d'octobre 1921) a souligné la valeur de l'agénésie d'une ou des incisives latérales supérieures : cette agénésie, révélée par la radiographie, serait pour l'auteur, surtout si elle est liée à d'autres dystrophies osseuses, un excellent signe d'hérédo-syphilis. N'y a-t-il pas là d'ailleurs une question de chronologie, et ne pourrait-on admettre que, suivant l'époque embryonnaire où frappe l'infection syphilitique, les lésions aboutissent soit à l'agénésie, soit aux implantations vicieuses, soit à la dent typique d'Hutchinson ?

2° *Lésions de l'os incisif lui-même.* — Dans certaines formes de bec de lièvre, l'os incisif est atteint de façon très nette, et c'est le cas des becs de lièvre unis ou bilatéraux compliqués de fissure osseuse; or, comme la syphilis est souvent en cause dans l'étiologie de cette malformation, nous avons là une lésion de plus à ajouter à notre syndrome syphilitique du bourgeon incisif. Il est en effet admis aujourd'hui par tous que la syphilis est susceptible de créer le bec de lièvre, et même que, à côté de l'alcoolisme, elle figure parmi ses causes les plus fréquentes. Les faits sont nombreux qui appuient cette manière de voir : Kirmisson avait déjà noté huit cas de syphilis certaine

sur vingt-trois porteurs de bec de lièvre; A. Fournier, dans une statistique de 247 hérédosyphilitiques dystrophiques, note une proportion de 12,5 0/0 de malformations du voile du palais; E. Fournier relève 21 0/0 de malformations du voile sur 75 cas de dystrophies crâniennes d'origine syphilitique; il insiste sur la fréquence de l'étiologie syphilitique du bec de lièvre et affirme qu'on en serait frappé davantage encore si l'on recherchait constamment l'hérédosyphilis et si on la poursuivait assez loin, c'est-à-dire jusque dans la génération des grands-parents.

A côté du bec de lièvre, nous devons signaler encore un cas où l'association « syphilis et bourgeon incisif » se trouve réalisée : c'est ce fait, plusieurs fois remarqué par A. Fournier, qui consiste dans la malformation de l'arcade dentaire supérieure, au niveau du segment correspondant aux incisives et aux canines : l'arcade se présente, là, incomplètement développée comme hauteur, de sorte que, dans l'occlusion de la bouche, les incisives des deux mâchoires n'arrivent pas à s'emboîter. C'est vraisemblablement à un arrêt de développement de l'os incisif qu'est due cette malformation.

DEUXIÈME PARTIE

Lésions évolutives tertiaires localisées au bourgeon incisif.

Les observations se rapportant aux lésions tertiaires de l'os incisif sont rares ; cependant le fait a été entrevu ou brièvement signalé par plusieurs auteurs et depuis longtemps déjà.

En 1881, Aguilhon de Sarrau rapporte dans la *France Médicale* un cas de syphilis alvéolaire intéressant surtout la région incisive.

Jullien, en 1886, dans son « Traité des maladies vénériennes », y fait une brève allusion : « Il arrive souvent, dit-il, que le processus syphilitique se fixe sur les alvéoles des incisives et que cette partie du maxillaire qui les supporte, l'os incisif, devient mobile et fait saillie en avant, s'offrant pour ainsi dire à l'extirpation. »

Mauriac (1890), dans son ouvrage sur la « Syphilis tertiaire et syphilis-héréditaire », écrit : « J'ai vu trois ou quatre fois l'ostéite syphilitique siéger, sur le maxillaire supérieur, au niveau de l'arcade dentaire, sur le point

le plus antérieur de la voûte ou même au-dessous de la cloison cartilagineuse et derrière la lèvre supérieure. »

Nous citerons d'ailleurs plus loin une observation de cet auteur où l'existence de la syphilis du bourgeon incisif, sans être explicitement signalée, est pourtant nettement entrevue.

En 1900, Lebedinsky, dans la *Revue de Stomatologie*, insiste sur la fréquence trop peu étudiée de la nécrose de l'os incisif, et rapporte trois observations de M. Verchère (1895) sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

Plus tard, Chompret, Amoedo, Pietkiewicz (1900), Moty (1901), Vaillard (1904), ont publié plusieurs cas de syphilis de l'os incisif.

Enfin, MM. Nicolas, Massia et Dupasquier, tant dans la thèse de leur élève E. Martin (1919) que dans leur article des *Annales de Dermatologie* (1922), ont réuni un groupe important d'observations, les unes anciennes, d'autres inédites, auxquelles nous joindrons une observation personnelle.

Il semble bien, du reste, que de tels faits deviendront de plus en plus nombreux, quand ils seront mieux connus et moins souvent confondus avec les cas de syphilis alvéolo-dentaire.

OBSERVATION I

(AGUILHON DE SARRAN. — Résumé)

Début par un peu de gonflement de la gencive suivi de la chute de l'incisive latérale droite ; à sa place on observe une vaste échancrure à bords rouges, épais, coupés nettement ; l'alvéole est remplie d'une substance blanchâtre pseudo-membraneuse. Le stylet tombe sur une large surface osseuse nécrosée ; le tout baigne dans un liquide séro-purulent jaunâtre. Pas de

douleur. Extraction facile à la pince de la paroi alvéolaire toute entière.

A droite, la canine est un peu découverte ; à gauche, l'incision centrale est mobile, presque entièrement à nu.

Le sujet a eu la syphilis il y a 11 ans. Un traitement à l'iodure de potassium cicatrise les lésions en quinze jours.

Il semble bien s'agir, dans cette observation, d'un cas de syphilis de l'os incisif, mais d'une forme particulière atteignant seulement le rebord alvéolaire.

OBSERVATION II

(MAURIAC, 1890. — Résumé)

Chez un malade de 50 ans, qui avait contracté la syphilis dix-sept ans auparavant et qui n'en avait éprouvé que des accidents assez peu graves, il survint de l'enchifrènement et des douleurs dans la région naso-maxillaire. Les incisives, puis les canines tombèrent successivement, et, au bout de deux ans, la portion du maxillaire qui les supportait fut éliminée sous forme de séquestre. Il en résulta une grande communication, derrière la lèvre supérieure, entre la bouche et les cavités nasales. Ozène, voix nasonnée. Cette lésion était très facile à masquer au moyen d'un obturateur occupant la place des incisives et des canines.

OBSERVATION III

(COMBE, 1893. — Résumé)

Malade âgé de 40 ans, ayant contracté la syphilis il y a dix-huit ans.

Novembre 1889. — Gêne dans la narine gauche, sensation de gonflement et d'obstruction, sans écoulement. Traitement ioduré (1 gr. 50 par jour). Amélioration légère, mais le côté droit se prend.

Janvier 1890. — Depuis trois jours, mouchage de pus fétide ; à l'examen, pas de sinusite. Toutes les dents sont saines ; l'iodure est continué.

1^{er} mai. — Apparition brusque d'un gonflement considérable

de la lèvre supérieure. Les incisives centrales et l'incisive latérale droite baignent dans le pus. Fièvre. Diagnostic : Nécrose du maxillaire supérieur. Extractions des dents malades ; ouverture large du sillon gingivo-labial. Sirop de Gibert.

10 mai. — Disparition de la douleur et de la suppuration alvéolaire ; persistance du pus quand le malade se mouche.

25 mai. — Ebranlement du foyer osseux comprenant les trois alvéoles vides.

6 juin. — Elimination du séquestre constitué par : 1° la partie antérieure du maxillaire supérieur comprise entre les canines et limitée en haut par l'épine nasale antérieure ; 2° la partie antérieure de l'os palatin comprenant le canal palatin dans un espace de deux centimètres et demi ; 3° une portion du vomer et de la cloison osseuse des fosses nasales.

10 juin. — Persistance d'une large communication entre la bouche et les fosses nasales.

Bien que la lésion du bourgeon incisif ait été insoupçonnée par l'auteur, cette observation en relate cependant un cas typique et en décrit remarquablement l'évolution.

OBSERVATIONS IV, V et VI

(VERCHÈRE, citées par LEBEDINSKY, 1900)

Ces trois observations sont analysées de la façon suivante par Lebedinsky :

« Dans la première, il s'agissait d'un malade syphilitique chez lequel les lésions ont commencé par une ulcération du plancher des fosses nasales ; ce malade était atteint également d'empyème du sinus maxillaire.

« Dans la deuxième, il s'agissait d'un homme de 51 ans qui n'avait nulle trace de syphilis. La lésion a commencé par des abcès des gencives. M. Verchère, après avoir enlevé l'os incisif, a mis le malade au traitement antisiphilitique, et la promptitude, dit-il, avec laquelle s'est faite la cicatrisation, me permit de soupçonner l'existence d'une syphilis latente.

« Dans la troisième observation, un médecin avait des antécédents syphilitiques ; l'affection commença par une suppuration,

par des fistules de la gencive au niveau des racines des dents incisives. »

OBSERVATION VII

(LEBEDINSKY, 1900. — Résumée)

Nécrose de l'os incisif consécutive à une gomme de la lèvre supérieure

Homme de 30 ans, syphilitique depuis douze ans. Apparition, à 17 ans, dans la région gingivo-labiale supérieure, sur la ligne médiane, d'une petite tumeur qui grossit rapidement, et atteignit en un mois le volume d'une noix. La lèvre supérieure est très volumineuse ; la douleur est vive au niveau des incisives supérieures qui, sans porter aucune trace de carie, s'ébranlent cependant. Traitement ioduré. Ramollissement et ouverture de la gomme. Cicatrisation. Guérison.

A 28 ans, réapparition des accidents : chute de l'incisive centrale gauche parfaitement saine. Suppuration de la gencive dans la partie correspondante aux quatre incisives, avec destruction consécutive de la muqueuse à ce niveau. Au bout de dix-huit mois, l'os incisif, complètement dénudé, est devenu très mobile dans tous les sens ; il présente quantité d'orifices remplis de pus et laisse voir en partie les racines des incisives. L'incisive latérale gauche et l'incisive centrale droite sont ébranlées. Fétidité extrême de l'haleine. L'os incisif, presque entièrement nécrosé, est facilement extrait dans sa totalité. Malade en bonne voie de guérison.

OBSERVATION VIII

(LEBEDINSKY, 1900. — Résumée)

Nécrose de l'os incisif consécutive à une gomme de la voûte palatine

Femme de 42 ans, à antécédents syphilitiques, qui présente :

- 1° Une grosseur du volume d'une noix sur la partie antérieure de la voûte palatine ;
- 2° Une fistule de la même région par laquelle s'écoule du pus ;
- 3° Une fistule de la gencive au niveau de l'incisive latérale droite.

Les incisives droites sont ébranlées sans être cariées. Un stylet introduit dans les fistules permet de sentir de petits séquestres mobiles.

Extraction des deux incisives droites et de séquestres par curetage des alvéoles. Intégrité de l'os incisif gauche. Sirop de Gibert. Guérison rapide et complète.

OBSERVATION IX

(CHOMPRET, 1900. — Résumée).

Homme de 45 ans, consulte le 13 décembre 1899 parce que ses incisives deviennent branlantes. Ses dents n'ont jamais eu besoin d'être soignées. En arrière des incisives centrales, petites ulcérations conduisant sur l'os dénudé. Extrême mobilité des incisives centrales, surtout de celle de droite qui est extraite, laissant voir un alvéole nécrosé. Petites ulcérations gommeuses des amygdales. Traitement antisyphilitique intensif. Guérison rapide des lésions amygdaliennes. Elimination, le 30 décembre, d'un séquestre comprenant la partie interne droite de l'os incisif. Cicatrisation parfaite le 20 janvier 1900 ; pose d'un appareil de prothèse.

OBSERVATION X

(CHOMPRET, 1900. — Résumée)

Homme âgé de 33 ans, entré dans le service du professeur Fournier, pour une ulcération de la muqueuse palatine dans la région incisive. Ce malade, porteur de syphilides cutanées très nettes, perdit toutes ses incisives et son os incisif nécrosé lui fut enlevé au cours du même mois.

OBSERVATION XI

(CHOMPRET, 1900. — Résumée)

Syphilitique présentant autour de la canine droite cariée des lésions semblables à celles du malade de l'observation 10. Elimination de la dent et d'un séquestre alvéolaire. Traitement mercuriel et ioduré ; quelques temps après, élimination de la presque totalité de l'os incisif.

OBSERVATION XII

(AMEDO, 1900)

« Il s'agissait d'un ancien syphilitique qui avait eu la vérole vingt-cinq ans auparavant, et qui, à la suite d'un accès de grippe récent, fut atteint d'une nécrose suivie d'expulsion de l'os incisif droit. Ce malade, fortement musclé, avait une articulation dentaire très défectueuse : Les incisives articulaient bout à bout et toute obturation faite sur ces dents tombait en peu de temps, car, n'ayant pas de molaires, il était contraint de mastiquer avec les incisives. Ce traumatisme constant déterminait une pyorrhée alvéolaire qui fut suivie de la nécrose de l'os. »

OBSERVATION XIII

(PIETKIEWICZ, 1900)

L'auteur « a eu l'occasion, au début de ses études médicales, d'observer des cas de syphilis limitée à l'os incisif. Un de ses malades, atteint de nécrose syphilitique du maxillaire supérieur, était joueur de flûte. Le traumatisme qu'exerçait la pression de l'instrument et la percussion répétée de la langue expliquaient la localisation de la syphilis. »

OBSERVATION XIV

(MOTY, 1901. — Résumé)

Jeune fille atteinte de syphilis héréditaire. A l'âge de 8 ans, mouchage de débris d'aspect particulier. A 11 ans, apparition de très vives douleurs dans le maxillaire supérieur et de céphalées intenses. Effondrement du palais et de la charpente osseuse des fosses nasales. A 30 ans, la malade est vue pour la première fois par l'auteur : traitement ioduré pour combattre les douleurs céphaliques et la suppuration osseuse fétide qui dure depuis deux ans.

L'auteur insiste sur les lésions syphilitiques osseuses qu'il constate au niveau des incisives et des canines : ces dents sont très mobiles, quoique saines ; trois d'entre elles finissent par tomber spontanément.

OBSERVATION XV

(VEILLARD, 1904. — Résumée)

Femme de 23 ans, ayant contracté la syphilis il y a deux ans. En mai 1902, apparition rapide d'une obstruction^e nasale, sans écoulement. Douleur à la pression de la face antérieure de l'os incisif. Tuméfaction de la partie antérieure des fosses nasales, surtout à gauche. Traitement mixte. Guérison.

Un an plus tard, réapparition des mêmes symptômes et, de plus, douleur à la pression de la partie antérieure de la voûte palatine. Les incisives médianes sont ébranlées. Reprise du traitement mixte, nouvelle guérison.

Dans la suite, plusieurs retours offensifs, chaque fois que le traitement est interrompu.

OBSERVATION XVI

(VEILLARD, 1904. — Résumée)

Femme de 42 ans ; premiers accidents syphilitiques en 1895, il y a neuf ans. Quelques mois plus tard, obstruction nasale, mouchage de muco-pus parfois sanguinolent. Céphalées surtout à droite. Traitement spécifique ; amélioration rapide ; élimination de séquestres.

En 1901, retour des céphalées et des douleurs dans le maxillaire supérieur ; apparition d'une ulcération bourgeonnante au-dessus des incisives centrales supérieures.

L'auteur voit la malade pour la première fois en août 1901 : mauvais état général ; douleur à la pression du maxillaire en avant, et au niveau de la partie correspondant aux incisives qui est gonflée. Incisives ébranlées ; bourgeon charnu sur le rebord gingival au niveau de la ligne médiane ; le stylet tombe en ce point sur un os dénudé. Haleine fétide. Large destruction de la cloison et ulcérations bourgeonnantes du plancher des fosses nasales par où l'on arrive également sur l'os dénudé.

Traitement mixte ; disparition rapide des douleurs, cicatrisation des ulcérations.

Dans la suite, en plusieurs mois, élimination successive des deux os incisifs entiers ; puis cicatrisation de la brèche. Appareil de prothèse. Retour d'un bon état général.

OBSERVATION XVII

(NICOLAS, MASSIA et DUPASQUIER, 1922. — Résumée)

*Ostéite syphilitique tertiaire de l'os incisif guérie
par le novarsénobenzol*

Louise C..., 21 ans, sans antécédent syphilitique. Début il y a trois mois, par des céphalées diurnes quotidiennes ; depuis six semaines, écoulement nasal muco-purulent avec épaissement de la racine du nez. Il y a un mois, douleurs névralgiques dans le côté droit de la face et au niveau de l'incisive latérale droite, suivies bientôt d'un gonflement de la voûte palatine et de la formation, en ce point, d'un abcès qui, ouvert spontanément au bout de quatre jours, donna issue à un pus jaunâtre, franc, sans élimination de séquestres.

Actuellement, on observe une tuméfaction de la voûte palatine, à forme ovulaire, déprimée au centre et portant la cicatrice de l'ouverture par où s'écoulait le pus ; elle a les dimensions d'une petite amande et s'étend en avant jusqu'à 1 cm. environ de la face postérieure des incisives centrales et en arrière jusqu'à 2 cm. du voile membraneux. Sa consistance est dure, osseuse, sans fluctuation ni crépitation ; elle n'est pas douloureuse à la pression.

Les deux incisives droites sont branlantes, les incisives gauches sont fixes. L'écoulement nasal persiste, surtout à droite ; on note un épaissement de la racine du nez ; le plancher nasal est intact ; pas de perforation de la cloison.

Injections de novarsénobenzol (0.30, 0.60, 0.75, 0.75) en septembre 1916.

Le 8 novembre, amélioration marquée : la tumeur palatine est à peine visible, les dents ébranlées sont consolidées, l'écoulement nasal a disparu à droite.

OBSERVATION XVIII

(NICOLAS, MASSIA et DUPASQUIER. — Résumée)

*Ostéite tertiaire de l'os incisif guérie par le traitement
antisiphilitique.*

Homme de 23 ans, sans antécédent syphilitique connu. Début,

en juin 1919, par une sensation de cuisson légère au contact des mêts acides, sans douleur à la pression des dents et sans autre signe objectif qu'un peu de rougeur de la muqueuse.

En juillet, ulcération de 3 à 4 millimètres de diamètre, arrondie, peu profonde, siégeant à gauche de la ligne médiane, immédiatement en arrière des incisives. Au début d'août, apparaît une tuméfaction de la voûte palatine, grosse comme une noix, qui s'ulcère bientôt, laissant s'échapper des débris de tissus sphacelés sans pus franc ; en même temps, élimination par le nez de muqueuse nécrosée. A ce moment, les incisives deviennent douloureuses et se mobilisent, d'où il résulte une gêne extrême pour l'alimentation ; le malade est très asthénique, la fièvre s'élève à 38° et 39°. Puis des fistules se forment, au nombre de quatre, par où s'éliminent des séquestres ; le malade ne peut dire s'il avait des ganglions hypertrophiés à ce moment-là. A la fin du mois d'août, un Wassermann positif fait faire le diagnostic de chancre du palais et instituer un traitement mixte antisyphilitique : (0.15, 0.30, 0.30, 0.30, 0.45, 0.45, 0.45, 0.45, 0.45, 0.45, 0.45, 0.60, 0.90 de novarsénobenzol ; dans l'intervalle on faisait une injection mercurielle dans les muscles de la fesse). Amélioration rapide et élimination, par les fistules, de séquestres peu volumineux.

Les auteurs voient pour la première fois le malade le 15 octobre, six jours après la fin du traitement : les incisives ont retrouvé leur fixité et restent encore un peu douloureuses à la pression. Les fistules sont cicatrisées, sauf une petite qui conduit sur un plan osseux non dénudé. L'histoire des accidents, la localisation des lésions, les symptômes dentaires et l'influence du traitement font poser le diagnostic d'ostéite tertiaire du bourgeon incisif. Pour achever la cicatrisation des lésions, on prescrit une potion iodurée et le malade, revu le 4 février 1920, est complètement guéri.

OBSERVATION XIX

Ostéite syphilitique tertiaire de l'os incisif guérie par le traitement novarsénobenzolique.

Femme de 21 ans, sans antécédent syphilitique connu. Début brusque en juillet 1919, par une douleur intense au niveau de la joue droite qui était rouge et enflée, et au niveau des inci-

sives supérieures droites. A ce moment la malade vit, sur sa voûte palatine, une petite masse médiane grosse comme une noisette ; cette masse grossit très rapidement et son incision, faite par un médecin, donna issue à une assez grande quantité de pus fétide, sans séquestre osseux. Les douleurs, d'abord calmées, réapparurent bientôt avec céphalée généralisée et insomnie. La malade entre alors dans le service du professeur Nicolas.

A l'examen, on trouve, exactement sur la ligne médiane et en arrière des incisives, une tumeur allongée, du volume d'une grosse amande, fluctuante, légèrement douloureuse à la pression, recouverte d'une muqueuse rouge. Douleur à la pression sur les deux incisives droites supérieures qui sont mobiles ; la canine est cariée, mais fixe et non douloureuse. Léger œdème du sillon jugo-nasal droit. Pas d'adénopathie.

On pratique, à une semaine d'intervalle, quatre injections de novarsénobenzol (0.15, 0.30, 0.30, 0.45) qui produisent une amélioration considérable : la tumeur s'affaisse, les dents sont plus solides ; une petite fistule, apparue sur la gencive au-dessus de l'incisive latérale droite, ne suppure presque plus. La malade quitte Lyon.

Elle revient, un mois plus tard, n'ayant subi depuis son départ aucun traitement : la fistule gingivale donne à nouveau beaucoup de pus ; à son niveau, émerge un petit séquestre en voie d'élimination. La tumeur palatine n'existe à peu près plus ; l'état général est excellent. Injection de 914 (0.15, 0.30, 0.30) ; une crise nitritoïde, survenue après la dernière injection, oblige à abandonner le novarsénobenzol pour recourir au cyanure de mercure. Malade non revue depuis cette date.

OBSERVATION XX (Personnelle)

Enfant hérédo-syphilitique, fils de mère hérédosyphilitique. — Ostéite tertiaire de l'os incisif et perforations multiples du voile et de la voûte palatine, guéries par le traitement spécifique.

Ch... Marcel, 13 ans 1/2. Le docteur Gaté, chef de clinique, présente ce malade à la consultation de M. le professeur Nicolas,

le 12 novembre 1921 ; l'enfant se plaint d'une mobilité anormale et gênante des dents de devant, rendant la mastication difficile.

Ascendants paternels : rien à signaler.

Ascendants maternels (1) : grand-père maternel mort à 65 ans d'affection hépatique ; grand-mère maternelle morte à 62 ans, d'affection cardiaque : elle avait eu treize enfants, dont six sont morts à la naissance ou en bas âge (1 à 4 mois) ; deux autres ont succombé, à 29 et à 33 ans, à la tuberculose pulmonaire. Les cinq autres, dont Mme Ch..., mère de l'enfant, sont en bonne santé. Mme Ch... a cependant été soignée, à plusieurs reprises, pour des poussées de bronchite ; elle présente du ptosis de la paupière supérieure gauche ; elle a eu, après sept ans de mariage, et sans fausse couche antérieure, une seule grossesse, compliquée d'hydramnios, celle du petit Marcel qu'on amène aujourd'hui dans le service.

Personnellement : enfant né à terme, accouchement normal ; nourri au sein par sa mère jusqu'à l'âge de dix mois ; à ce moment, l'enfant eut une bronchite qui dura un an et pour laquelle il fut soigné à Genève ; comme il continuait ensuite à tousser, on le plaça dans un sanatorium pendant treize mois ; il en sortit très amélioré au point de vue général.

A l'âge de quatre ans, il prit mal aux yeux et fut soigné à l'hôpital Rotschild, à Genève, pendant huit mois, par des instillations conjonctivales.

De cinq à dix ans, rien d'anormal à signaler.

A dix ans, comme l'enfant était sujet à des angines fréquentes, on l'opéra de végétations adénoïdes et on pratiqua l'amygdalectomie, opération qui fut complétée l'année suivante par le docteur Aloin, à Bourg.

Il y a un an, le patient se plaignit un jour de difficulté à déglutir ; les aliments passaient par le nez ; les parents, en examinant la bouche de l'enfant, aperçurent alors trois petites ulcérations du voile membraneux ; un médecin, consulté, ordonna un traitement antisiphilitique sous l'influence duquel les ulcérations se cicatrisèrent ; elles se sont réouvertes plus tard.

(1) Ces renseignements nous ont été aimablement fournis par le docteur Naret, de Thonon-les-Bains, qui a soigné, à plusieurs reprises, le jeune malade.

La famille constata à ce moment que le nez s'était affaissé et que l'audition était diminuée.

Enfin, il y a un mois environ, l'enfant accusa une certaine difficulté à mastiquer les aliments et se plaignit d'une mobilité gênante des dents de devant.

A L'EXAMEN. — Le nez est fortement ensellé, les oreilles sont démesurément grandes et très décollées. Au niveau de l'œil gauche, à la périphérie de la cornée, dans la zone supérieure, on constate un demi-cercle péricératique rappelant celui que l'on observe chez le vieillard. L'audition est diminuée sensiblement, inégalement d'ailleurs à droite et à gauche : à gauche, le tic-tac d'une montre est entendu à 8 centimètres environ du conduit auditif ; à droite, il est perçu à 12 centimètres.

Bouche : Les incisives médianes supérieures sont très mobiles, mais nullement douloureuses à la pression ; on n'observe à leur niveau aucun point de carie ; il existe seulement un certain degré de gingivite, plus marquée au niveau de ces incisives qui sont déchaussées (surtout à gauche). Ces dents ne présentent, d'autre part, aucune altération bien notable de leur forme ; elles offrent seulement une direction oblique en dedans et convergente.

Les incisives supérieures latérales ne sont pas mobiles, mais elles sont représentées par des dents de lait qui ne sont jamais tombées.

Les canines supérieures, — non mobiles, ainsi que toutes les autres dents, — sont érodées à leur extrémité. Rien autre à signaler au point de vue dentaire.

Il n'existe aucune tuméfaction sur la gencive au-dessus des incisives, aucune ulcération, aucune fistule ; la pression en ce point ne réveille aucune douleur.

On ne trouve rien non plus sur la voûte palatine, immédiatement en arrière des incisives ; pas de douleur à la pression à ce niveau. Par contre, à 2 centimètres environ en arrière de celles-ci, on constate l'existence d'une fistule qui communique avec les fosses nasales. Derrière cette fistule s'en trouve une seconde : le stylet, à son niveau, est arrêté bientôt par un plan mou ; donc pas de perforation, pas de séquestre. Ces deux fistules sont situées exactement sur la ligne médiane.

Le voile du palais est partagé en deux parties par une large

fissure passant à gauche de la luette et remontant jusqu'aux lames palatines. En outre, sur le bord droit du voile, on constate une petite ulcération peu profonde, à fond un peu suppurant, à bords irréguliers. La voix est très nasonnée, les liquides refluent par le nez, mais non pas les solides.

Il n'y a pas d'anénopathie sous-maxillaire.

A noter encore la forme ogivale de la voûte palatine.

Au point de vue général, l'enfant, âgé de 13 ans 1/2, est peu développé physiquement et d'une taille inférieure à la normale. Il fait ses études avec peine, suit difficilement sa classe et éprouve beaucoup de fatigue au travail.

Wasserman négatif.

12 novembre. — Néosalvarsan : 0 gr. 10.

16 nov. — Néo : 0.20.

25 nov. — Néo : 0.20.

25 nov. — Néo : 0.20.

30 nov. — Néo : 0.30. L'ulcération du voile se cicatrise, ainsi que les orifices des fistules palatines ; les incisives, notamment l'incisive gauche, commencent à se consolider.

8 décembre. — Néo : 0.30. L'ulcération du voile est guérie ; l'état des incisives est stationnaire.

14 décembre. — Néo : 0.45.

22 décembre. — L'enfant sort de l'hôpital. Actuellement, toutes les lésions ulcéreuses et fistuleuses sont cicatrisées ; mais les incisives demeurent presque aussi mobiles qu'au début du traitement. Néo : 0.45 Malade non revu depuis cette date.

Cette observation nous semble présenter un triple intérêt :

- 1° La nature spécifique des lésions a été, pour ainsi dire, signée par l'amélioration que leur a apporté le traitement antisypilitique ; et pourtant l'interrogatoire a dû remonter assez loin pour mettre en évidence l'hérédosyphilis ; et pourtant aussi la réaction de Wassermann avait été négative. Ce serait là une confirmation nouvelle, si elle était nécessaire, de la valeur diagnostique du traitement d'épreuve.

2° Le deuxième intérêt de ce cas réside dans la multiplicité *exceptionnelle* des lésions buccales : les unes siégeant sur le voile membraneux, une autre à la voûte palatine, une autre encore sur l'os incisif.

3° Il faut noter enfin le peu d'amélioration apportée par le traitement à la mobilité anormale des incisives supérieures ; soignées à une période aussi tardive, les lésions dentaires semblent bien plus lentes et plus difficiles à guérir, en raison des dégâts déjà constitués.

*
* *

De ces diverses observations se dégagent, nous semble-t-il, trois faits :

1° La *fréquence* des localisations syphilitiques tertiaires au niveau de l'os incisif : fréquence absolue d'abord, mais surtout fréquence relative par rapport aux autres localisations de la vérole sur le maxillaire supérieur. Mouton, dans sa thèse sur la « Syphilis du maxillaire supérieur », compte huit cas sur quinze de lésions de l'os incisif. Peut-on expliquer cette prédilection pour l'os intermaxillaire ? Il semble bien que le facteur traumatique intervienne là pour une bonne part : pour Chompret, il faut incriminer le mode d'articulation des dents à ce niveau ; les incisives inférieures venant se placer en arrière des supérieures, ces dents, pendant les mouvements de mastication, viendraient contusionner, directement ou par l'intermédiaire des aliments mastiqués, la muqueuse correspondant à l'os intermaxillaire ; ce traumatisme physiologique incessant déterminerait là un lien de moindre résistance, point d'appel pour les lésions tertiaires.

Amoedo rend responsable aussi le traumatisme physiologique dû au choc constant des incisions supérieures et inférieures qui sont articulées bout à bout. Pretkiewicz signale le cas d'un joueur de flûte chez lequel la percussion répétée de la langue sur la zone incisive favorisa l'apparition à ce niveau de nécrose syphilitique tertiaire.

Le rôle favorisant du traumatisme est d'ailleurs un fait général et bien connu, quelle que soit l'infection en jeu : la tuberculose, le cancer même trouvent là souvent la cause occasionnelle de leur apparition, et de nombreux travaux parus pendant la guerre (Gougerot et Clara : *Les syphilis posttraumatiques*) ont montré que la syphilis ne faisait pas exception à la règle commune.

D'autres étiologies peuvent encore intervenir, comme l'ont prouvé les discussions qui ont eu lieu à la *Société de Stomatologie* de 1900 : l'étranglement du bourgeon frontal par les bourgeons latéraux au cours du développement embryonnaire (Chompret), l'action infectante du milieu buccal et la nature alvéolaire du tissu nécrosé (Cruet), l'insuffisance d'irrigation (Amoedo et Lebedinsky), enfin l'isolement du massif osseux joint à l'infection associée (Sébileau), ont été des causes tour à tour invoquées, sans démonstration décisive.

2° *La date d'apparition* des lésions tertiaires au niveau de l'os incisif est variable : tantôt précoce, se produisant dès les premières années de l'infection (Obs. 15 et 16), tantôt très tardive, attendant la vingt-cinquième année pour se manifester (Obs. 12), elle apparaît le plus souvent à une période avancée de la maladie, entre la huitième et la quinzième année.

3° Les observations que nous avons rapportées montrent qu'au *point de vue clinique*, une telle localisation se manifeste par un syndrome assez net, assez tranché, pour qu'il soit possible ordinairement de le reconnaître. C'est à l'étude de cette symptomatologie et des difficultés diagnostiques qu'elle peut entraîner que nous consacrerons le dernier chapitre de notre travail.

Etude clinique de la syphilis tertiaire de l'os incisif

Son *début* est quelquefois marqué par des céphalées assez violentes, mais, le plus souvent, c'est *insidieusement* qu'évoluent les lésions, sans aucun signe digne d'attirer l'attention. Nous ne retrouvons pas ici les douleurs si pénibles que provoquent les gommes des os longs ; c'est qu'aussi la structure anatomique de l'os est différente dans l'un et l'autre cas : dans les os longs, la texture serrée du tissu osseux gêne l'évolution des éléments inflammatoires qui, pour s'étendre, font éclater les canaux de Havers, produisant ainsi de vives douleurs. L'os incisif, au contraire, constitué par une simple couche spongieuse entourée de périoste, se laisse distendre aisément, et l'insidiosité habituelle des gommes développées à son niveau représente déjà un caractère clinique important.

L'apparition des premiers symptômes se fait parfois au niveau du *nez*, conduisant alors le malade chez le rhinologiste : le sujet se plaint de gêne respiratoire, de gonflement nasal, de sensation d'obstruction continuelle, le tout s'accompagnant ou non d'écoulement purulent, quelquefois sanguinolent, suivant que la gomme est ouverte ou fermée. Mais, le plus fréquemment, c'est par des signes

dentaires ou *paradentaires* que se révèle cliniquement la gomme de l'os incisif ; le premier trouble qu'accuse en général le patient consiste dans un *ébranlement des incisives supérieures*, qui gêne la mastication et la rend douloureuse. L'examen, à cette période de début, montre en effet, que les incisives droites ou gauches, ou les deux à la fois, sont branlantes, mais aussi qu'elles sont saines et exemptes de toute carie. Fait très important, les *dents voisines*, canines et prémolaires, sont *solides et intactes* : aucune des lésions atteignant les incisives ne s'y révèle à un degré quelconque, comme s'il y avait à la limite de l'os incisif une barrière infranchissable au processus morbide. Cette indépendance pathologique de l'os intermaxillaire est à rapprocher de son indépendance embryologique ; nous avons vu, en effet, que cet os se développe aux dépens du bourgeon frontal, tandis que tout le reste du maxillaire supérieur dérive du premier arc branchial. Cet ébranlement des incisives supérieures, par ailleurs saines, avec intégrité des dents voisines, nous a paru un signe presque constant, souvent très précoce et d'une valeur diagnostique capitale.

A une période plus tardive, les incisives peuvent apparaître plus ou moins altérées, car, le processus nécrotique les ayant privées de leur faisceau vasculo-nerveux et la suppuration s'étant peu à peu installée dans ce foyer si septique qu'est la cavité buccale, ces dents baignent véritablement dans le pus. Plus tard enfin, si le traitement n'est pas intervenu, on assiste à la chute des incisives qui sont remplacées, dans les alvéoles déshabitées, par une matière blanchâtre ressemblant plus ou moins à des fausses membranes ; au-dessous, si le bord alvéolaire est atteint, on

constate une vaste échancrure à bords nettement taillés, rouges et épais.

Dans d'autres cas, on voit, parallèlement aux symptômes dentaires que nous venons de décrire, se développer une *tuméfaction* qui peut siéger soit sur la partie médiane de la gencive supérieure et s'accompagner alors parfois d'œdème de la lèvre (Obs. 7), soit plus souvent immédiatement en arrière des incisives, sur la région toute antérieure de la voûte palatine ; le toucher, à ce niveau, montre une tumeur assez dure, de consistance uniforme, faisant corps avec l'os, ordinairement peu douloureuse ; on peut noter en même temps un œdème de la joue plus ou moins marqué. Il n'y a pas d'adénopathie sous-maxillaire.

Non traitée, cette tumeur se *ramollit* peu à peu, donnant bientôt le sens de fluctuation, surtout à son centre ; enfin, au bout d'un temps variable mais ne dépassant guère un mois, elle s'ouvre, donnant issue à une petite quantité de pus plus ou moins mêlé à des débris sanguinolents et parfois à des fragments osseux nécrosés.

L'*ulcération* consécutive à cette gomme pourra siéger, suivant les cas, soit en arrière des incisives (Obs. 8, 9, 10, 11, 17, 18), soit sur la gencive au niveau de la racine des dents (Obs. 6, 7, 8, 16), soit sur le plancher des fosses nasales (Obs. 4, 19). Elle tend à se *fistuliser* et sa durée peut être fort longue si le traitement n'intervient pas. A cette période, un stylet passé dans la fistule conduit sur une *surface osseuse dénudée et nécrosée* ; introduit dans les alvéoles déshabitées, le stylet donne la même sensation d'os mort et mobilise parfois un séquestre en voie d'élimination. C'est qu'en effet les séquestres se mobilisent et se font jour au dehors ; ils sont parfois

petits, éliminés lorsque le sujet crache ou se mouche violemment ; d'autres fois, l'os incisif en entier ou les deux os même se détachent de l'apophyse palatine et font saillie, s'offrant pour ainsi dire à la pince et laissant à leur place une large communication entre la bouche et les fosses nasales.

VARIÉTÉS CLINIQUES. — Ce que nous venons de dire au sujet des variétés de localisation de la gomme incisive permettrait de décrire à cette affection une forme dentaire, une forme palatine, une forme nasale : elles ont, en tout cas, un signe commun, c'est l'ébranlement des incisives supérieures.

Au point de vue anatomique, on peut observer : une forme où les deux os intermaxillaires sont touchés (Obs. 1, 2, 3, 7, 10, 11, 14, 16, 20) et une forme où un seul os est atteint, ordinairement le droit (Obs. 8, 9, 12, 17, 19) : les symptômes sont alors limités à un seul côté de la région incisive ; une incisive centrale et une latérale sont ébranlées, alors que les deux autres demeurent intactes.

Diagnostic

Si nous voulons maintenant réunir les symptômes les plus importants de la gomme de l'os incisif, nous verrons qu'ils constituent un faisceau de signes suffisant pour permettre le diagnostic positif de la lésion : Il s'agit de malades, dont les antécédents syphilitiques sont connus ou non, et chez lesquels l'examen révèle :

1° Au début : une mobilité anormale des incisives supérieures, saines par ailleurs, plus ou moins sensibles à la pression, avec intégrité complète des dents voisines ;

2° A la période d'état : la chute progressive de ces inci-

sives et l'apparition d'une tuméfaction dure, faisant corps avec l'os, et siégeant soit sur la gencive, soit sur la partie antérieure de la voûte palatine, soit encore faisant saillie dans les fosses nasales. En tout cas, cette tuméfaction ne s'accompagne jamais d'adénopathie ;

3° A la période d'ulcération et de fistulisation : un orifice de largeur variable, à bords réguliers et adhérents, occupant l'un des sièges ci-dessus signalés, et dont l'exploration au stylet conduit sur un os mort en voie d'élimination.

Insistons encore sur la localisation exclusive à la zone intermaxillaire et sur l'évolution torpide des accidents, et nous aurons les traits caractéristiques de l'affection. Il va sans dire que, si le patient est vu à une période tardive, l'interrogatoire, l'histoire de la maladie, en montrant la filiation des accidents, seront du plus utile secours.

En présence d'un tel tableau, le diagnostic de syphilis de l'os incisif doit être porté ; il sera confirmé, au besoin, par la réaction de Wassermann et surtout par le *traitement d'épreuve*.

Le *diagnostic différentiel* se posera de façon différente suivant l'étape de la maladie et aussi suivant que la gomme a une évolution nasale ou une évolution buccale.

Au début de l'affection, l'ébranlement des incisives saines peut faire songer à la maladie décrite par Fauchard sous le nom de scorbut des gencives, appelée aujourd'hui gingivite expulsive ou *pyorrhée alvéolo-dentaire* : maladie qui, comme on le sait, se caractérise par la chute progressive, lente et insidieuse de dents saines, débutant en général par les grosses molaires ou par les incisives supérieures et s'étendant parfois à toutes les dents d'une mâchoire ; or, indépendamment du diabète et du brightisme le plus

fréquemment rencontrés, la vérole compte quelquefois dans l'étiologie de cette affection qui s'observe surtout vers l'âge de 40 ou 50 ans. Mais ici, la lésion ne débute pas forcément par les incisives et en tout cas ne s'y localise pas ; en outre, la dent une fois tombée, les lésions se réparent rapidement, la gencive se cicatrise, l'os sous-jacent est sain. Pour Galippe cependant, le travail de résorption osseuse peut s'étendre au delà du bord alvéolaire, et, atteignant la voûte palatine, créer de véritables perforations ; il s'agit là de cas exceptionnels qui, d'ailleurs ont souvent dû être confondus avec des syphilis tertiaires méconnues. En règle générale, les lésions n'atteignent pas le maxillaire et l'évolution très lente de l'affection n'aboutit jamais à l'ulcération ni à la formation de séquestres osseux. L'absence d'antécédents syphilitiques, la marche de la maladie, au besoin le traitement d'épreuve permettront ce diagnostic délicat seulement à la période de début.

Lorsque — cas d'ailleurs rare — la gomme a une évolution *nasale*, c'est surtout avec la *sinusite maxillaire* qu'elle risque d'être confondue : mais l'histoire de l'affection, les douleurs violentes spontanées et à la pression, la rhinoscopie et la transillumination de l'antre permettront d'éviter l'erreur.

Bien plus fréquente est la forme *buccale*, et, dans ce cas, les difficultés diagnostiques sont souvent plus grandes : deux affections surtout prêtent à confusion ; ce sont l'abcès dentaire banal et le kyste du maxillaire.

Abcès dentaire. — L'œdème de la lèvre ou de la joue, la tuméfaction du palais ou de la gencive au voisinage d'une dent ébranlée lui sont des symptômes communs avec la gomme syphilitique que nous avons décrite. Mais, en

revanche, que de points différents : c'est au niveau d'une dent cariée, douloureuse et sensible au choc depuis longtemps que se forme, en quelques jours, cette tumeur qui a une évolution aiguë, chaude, qui est précédée et accompagnée de souffrances atroces avec sensation de battements, qui voisine avec une adénopathie inflammatoire marquée, qui est escortée des phénomènes généraux habituels des phlegmasies, fièvre, insomnie, état saburral des voies digestives, qui ne tarde pas à présenter une fluctuation très nette et qui enfin donne issue, spontanément ou par le fait du bistouri, à une quantité assez abondante de pus fétide ; le stylet, introduit alors dans la fistule, conduit sur un os sain et les lésions se réparent rapidement en même temps qu'on traite la dent malade.

Dans la syphilis au contraire, l'absence de carie au niveau de la dent ébranlée, la constatation de séquestres par l'exploration au stylet, et surtout l'évolution torpide, froide, presque indolore, sont autant de caractères qui s'opposent à ceux de l'abcès dentaire et qui doivent empêcher la confusion, pour peu qu'on prête quelque attention à l'examen et à l'interrogatoire du sujet.

Le kyste paradentaire, dont l'évolution est lente, peut, à son début, simuler de très près la gomme ; mais, contrairement au syphilome, il se développe au voisinage d'une dent cariée ; la muqueuse qui le recouvre est normale d'aspect, tandis que, dans la syphilis, elle présente une rougeur marquée. Creusant le maxillaire au lieu de l'infiltrer comme la gomme, il refoule peu à peu les parois de l'os, donnant parfois au doigt qui l'explore la sensation de crépitation parcheminée. Enfin son contenu séreux et translucide donne une tache claire à la radiographie ou

à l'examen par transillumination du rebord alvéolaire (Jacques). Si l'on ponctionne la poche, le liquide qui s'écoule est citrin ou verdâtre, riche en cristaux de cholestérine ; un stylet, introduit dans la cavité, y pénètre aisément et en suit facilement les contours réguliers.

Mais lorsque le kyste est suppuré, son diagnostic devient très difficile, surtout avant la période d'ulcération : il faut noter cependant que l'évolution du kyste est plus lente (la gomme met rarement plus d'un mois à s'ulcérer) ; c'est parfois le traitement d'épreuve seul qui fera cesser les hésitations du clinicien. Si le kyste est ulcéré et fistuleux, la solution du problème est facilitée par l'exploration au stylet : conduit sans difficulté dans une large cavité, il permet d'en reconnaître les parois unies, recouvertes d'un revêtement membraneux, au lieu de venir, comme dans la syphilis, butter contre un séquestre osseux plus ou moins mobile.

Du kyste paradentaire, il faut rapprocher le *sarcome* du maxillaire, et surtout sa forme périostique : la consistance molle et bosselée de la tumeur, les battements et les souffles que l'on y observe parfois (sarcome à myéloplaxes), son évolution extrêmement rapide et grave permettront en général de l'identifier facilement.

D'autres affections plus rares à ce niveau ou plus faciles à reconnaître doivent être encore rapidement envisagées dans ce chapitre de diagnostic différentiel :

L'*ostéomyélite* aiguë ne siège guère que sur le maxillaire inférieur ; dans les cas très exceptionnels où elle atteindrait l'os incisif, on la reconnaîtrait aisément à ses symptômes locaux (trismus, gonflement) et à son évolution rapide, douloureuse et fébrile. Sa forme prolongée ou

chronique se traduit par du trismus, des douleurs et une hyperostose éburnée ; mais il s'agit là de cas trop exceptionnels pour que nous y insistions davantage.

De même l'*actinomyose* se différencie non seulement par ses caractères propres (trismus, grains jaunes), mais aussi par la rareté extrême de sa localisation à l'os intermaxillaire.

La *tuberculose*, qu'elle atteigne le bord alvéolaire ou la voûte palatine, est également une rareté ; son allure est d'ailleurs bien différente ; l'adénopathie sous-maxillaire est toujours accentuée. Elle s'accompagne d'autres lésions bacillaires sur la langue ou sur le pharynx ; enfin, les perforations qu'elle est susceptible de produire, sont constituées par des ulcérations irrégulières et anfractueuses, à bords décollés, entourés parfois d'un semis de petits points jaunes.

L'*épithélioma adamantin* serait d'un diagnostic délicat, si son siège habituel et presque exclusif n'était le maxillaire inférieur.

L'*épulis* enfin se distingue par son siège dans un alvéole déshabité, par son aspect de tumeur lisse, arrondie, de consistance ferme, grosse comme un pois, quelquefois pédiculée et recouverte d'une muqueuse normale.

Au total donc, le diagnostic de syphilis tertiaire de l'os incisif est ordinairement facile : seuls l'abcès dentaire et surtout le kyste paradentaire peuvent prêter parfois à confusion. C'est en général parce qu'on n'y pense pas que l'erreur est possible ; aussi estimons-nous que si de telles lésions étaient mieux connues et plus souvent recherchées, leur fréquence deviendrait chaque jour plus grande et plus exceptionnels les diagnostics erronés.

Le *pronostic* de la gomme incisive ne comporte rien de spécial ; il est celui de toutes les lésions osseuses syphilitiques tertiaires ; c'est dire qu'il est avant tout subordonné à la précocité du diagnostic et à la mise en œuvre rapide du traitement spécifique.

Traitement

C'est celui des accidents syphilitiques tertiaires en général, et nous dirons seulement à ce sujet :

1° L'importance de la thérapeutique *préventive*. Dans les cas de syphilis héréditaire, le traitement du père syphilitique, de la mère surtout pendant la période de gestation, l'usage des frictions mercurielles chez le nouveau-né suspect seront une garantie contre l'éclosion des accidents.

Dans les cas de syphilis acquise, la mise en œuvre du traitement arsénobenzolique dès la constatation des premiers symptômes et surtout la continuation du *traitement de fond, chronique et intermittent, prolongé, quel que soit le résultat des réactions humorales, pendant de longues années*, représente, comme le fait souvent remarquer M. le professeur Nicolas, la seule thérapeutique rationnelle de l'infection syphilitique qui doit être traitée pendant toute la vie. C'est le seul moyen d'éviter la surprise, pénible pour le malade et pour le médecin, que constitue l'apparition d'accidents tertiaires chez un sujet ayant pu, à un moment donné, présenter un Wassermann négatif.

2° Quant au *traitement curatif*, il sera, avant tout, médical, et là encore c'est à la médication spécifique qu'on s'adressera, car elle réalise souvent, sur ces foyers en voie de nécrose, de véritables miracles dont ne seraient capables ni le davier, ni la curette, ni le bistouri.

L'iodure de potassium et le mercure peuvent amener une amélioration, mais elle est lente, tandis que le novarséno-benzol agit vite et c'est à lui que l'on doit avoir recours. Sous son action, l'on voit, surtout si l'affection est prise à son début, les incisives retrouver leur solidité, les ulcérations se combler, les lésions d'ostéite fondre rapidement. Même à une époque tardive de la maladie, même si de petits séquestres sont déjà formés, c'est encore au traitement arsénical que l'on devra s'adresser d'abord, en l'administrant à doses énergiques et en le continuant jusqu'à ce que toute lésion active soit atteinte. A ce moment alors, il sera indiqué, et même nécessaire, de procéder à l'ablation des séquestres, soit à la pince, soit à la curette : ici, comme ailleurs, la présence de ces fragments osseux nécrosés interdirait toute cicatrisation, quelque soit la thérapeutique médicale employée. Mais ce geste chirurgical, indispensable à une période tardive, est contre-indiqué tant que les lésions sont en évolution.

Enfin il est évident que l'utilité d'un appareil de prothèse s'imposerait dans les cas où l'élimination de l'os incisif laisserait, entre la bouche et les fosses nasales, une large communication.

CONCLUSIONS

I. — Le bourgeon incisif peut être le siège de lésions très diverses d'origine syphilitique, que nous nous proposons de grouper sous le nom de « Syndrome syphilitique du bourgeon incisif ».

II. — Ces lésions se manifestent soit pendant la vie intra-utérine, soit plus tard au cours de l'existence.

A) Les lésions congénitales sont d'ordre dystrophique et peuvent intéresser les incisives supérieures (comme la dent d'Hutchinson par exemple) ou l'os incisif lui-même (bec de lièvre).

B) Les lésions apparues après la naissance reconnaissent pour cause la syphilis acquise ou héréditaire et sont d'ordre tertiaire (syphilis de l'os incisif proprement dite).

III. — La syphilis de l'os incisif est peu connue et les observations publiées en sont rares. Elle se caractérise :

A) *Anatomiquement*, par le développement d'une gomme au niveau de l'os incisif.

B) *Cliniquement*, par les faits suivants :

1° Symptômes d'ostéite gommeuse strictement localisée

à la région intermaxillaire (tuméfaction, ulcération, fistules et séquestres, évoluant le plus souvent en arrière des incisives supérieures sur la voûte palatine antérieure, quelquefois en avant sur la gencive, plus rarement au niveau du nez) avec un ébranlement progressif des incisives généralement saines et plus ou moins douloureuses à la pression.

2° Développement des accidents sur l'os incisif à l'exclusion des autres parties du maxillaire. Cette indépendance lésionnelle est sans doute la conséquence de l'origine embryologique particulière de l'os incisif.

3° Evolution insidieuse du processus gommeux.

IV. — En présence de tels faits, le diagnostic s'impose si l'on y pense. Toutefois, on peut avoir à le discuter avec celui de pyorrhée alvéolo-dentaire, d'abcès dentaire, de kyste paradentaire, et, dans le cas d'évolution nasale, de sinusite maxillaire.

V. — L'affection comporte un traitement préventif, qu'il s'agisse de syphilis héréditaire ou de syphilis acquise, en se souvenant que la médication spécifique, même en dehors des accidents, doit être poursuivie pendant de longues années, sous forme du traitement de fond chronique et intermittent.

Quant au traitement curatif, c'est celui des accidents destructifs de la syphilis : c'est dire qu'il est essentiellement médical. Toutefois, la constatation d'un séquestre exige une ablation qui se fera, au besoin, chirurgicalement,

et sans laquelle la guérison ne se produirait pas, quelque soit l'intensité du traitement.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
NICOLAS.

VU :

LE DOYEN :

JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 16 janvier 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
L. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBRECHT. — *Zool. Anzeiger*, Leipzig, 1879.
— *Bulletin de la Société d'Anthropologie de Bruxelles*, oct. 1882.
- TOURNEUX. — Embryologie.
- E. GILIS. — *Bulletin de l'Association des Anatomistes*, 1888.
— *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Montpellier*, 1889.
- TESTUT. — Anatomie.
- DUBREUIL et CHAMBARDEL (de Tours). — Sur une affection particulière des incisives supérieures (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, janvier 1919).
- DECHAMBRE. — *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*.
- HAMY. — L'os intermaxillaire de l'homme à l'état normal et pathologique (*Thèse de Paris*, 1868).
- LEUCKART. — *Untersuch über das Zwischenkieferbein des Menschen und seiner normalen und abnormen métamorphose*, Stuttgart, 1840.
- A. FOURNIER. — L'hérédité syphilitique, Paris, 1891.
— La syphilis héréditaire tardive.
- E. FOURNIER. — Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis. (*Thèse*, Paris, 1897-98).
— Recherche et diagnostic de l'hérédo-syphilis tardive, Masson, 1907.

- CHOMPRET. — *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, décembre 1896. Atrésie de la région incisive empêchant l'articulation des incisives supérieures et inférieures.
- *Revue de Stomatologie*, 1900. Manifestations buccales de la syphilis.
- Ch. AUDRY. — Sur une dent d'Hutchinson unilatérale (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1914).
- HUTINEL. — Glandes endocrines et dystrophies osseuses (*Archives des Mal. des Enfants*, 1918).
- HUTINEL et SEVENIN. — Syphilis héréditaire et dystrophies (*Archives des Mal. des Enfants*, 1920).
- SABOURAUD. — La syphilis héréditaire qu'on ignore (*Presse Médicale*, 17 mai 1917).
- GAUCHER. — *Annales des Maladies vénériennes*, novembre 1913.
- ORCHANSKY. — Etude sur l'hérédité normale et morbide. (*Mém. de l'Académie des Sciences de Saint-Pétersbourg*, 7^e série, t. XIII, n° 9).
- KIRMISSON. — Maladies chirurgicales d'origine congénitale.
- JULLIEN. — *Traité pratique des Maladies vénériennes*, Baillière, 1886.
- AGUILHON DE SARRAN. — Note sur un cas de syphilis des alvéoles dentaires (*Annales de Derm. et Syph.*, 1881).
- MAURIAC. — Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire (Baillière, 1890).
- COMBE. — *Revue hebdomadaire de Rhinologie et de Laryngologie*, 1893.
- LEBEDINSKY. — Nécrose de l'os incisif consécutive à une gomme de la lèvre supérieure (*Revue de Stomatologie*, 1900, p. 360).
- AMOEDO. — *Revue de Stomatologie*, 1900.
- PIEKIEWICZ. — *Revue de Stomatologie*, 1900.

MOTY. — Note sur l'état des dents dans la syphilose du maxillaire supérieur (*Annales de Derm. et Syph.*, 1901).

VEILLARD. — Gomme de la région intermaxillaire (*Revue hebdomadaire de Rhinologie et de Laryngologie*, 1904).

CADENAT. — Sur l'agénésie d'une ou des deux incisives latérales supérieures comme signe d'hérédo-syphilis (*Ann. de Derm. et Syph.*, oct. 1921).

MOUTON. — La syphilis du maxillaire supérieur envisagée spécialement dans les rapports avec les affections du système dentaire (*Thèse*, Nancy, 1905).

GOUGEROT et CLARA. — Syphilis posttraumatiques (*Journal Méd. français*, décembre 1918).

JACQUES. — Diagnostic des kystes paradentaires du maxillaire supérieur (*Presse Médicale*, 19 nov. 1919).

NICOLAS, MASSIA et DUPASQUIER. — Le syndrome syphilitique du bourgeon incisif (*Ann. de Derm. et Syph.*, 1922).

TABLE DES MATIERES

I. — INTRODUCTION	7
II. — L'os incisif aux points de vue embryologique et anatomique	11
III. — Les lésions dystrophiques du bourgeon incisif, d'ordre syphilitique	19
A. Lésions spécifiques : la dent d'Hutchinson.....	20
B. Lésions moins spécifiques {	
1. Lésions dentaires ..	21
2. Lésion de l'os incisif proprement dit ...	22
IV. — Les lésions évolutives tertiaires localisées au bourgeon incisif	25
1. Historique	25
2. Observations	26
3. Etude clinique	
Symptômes	43
Diagnostic	46
Traitement	52
V. — CONCLUSIONS	55
BIBLIOGRAPHIE.....	59
